DE LA RESTAURATION

DU PÉRINÉE

ET DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE;

PAR

M. PÉTREQUIN,

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.


LIBRARY

EXTRAIT DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

DE LA RESTAURATION

DU PÉRINÉE

ET DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE.

La restauration du périnée et de la cloison recto-vaginale est une conquête récente de la chirurgie ; s'il s'en trouve quelques rares exemples dans les annales antérieures de l'art, il n'en reste pas moins vrai de dire que ce n'est que depuis peu d'années qu'elle a été systématisée en méthode régulière; aujourd'hui même la science n'est pas riche en guérisons de ce genre, et l'on chercherait vainement, dans la plupart de nos traités didactiques, un chapitre complet sur cette matière, circonstance qui prêtera peut-être un intérêt particulier à l'opération nouvelle dont je vais tracer l'histoire.

Les cas qui la réclament se rencontrent assez fréquemment dans la société ; il est peu de médecins-accoucheurs qui n'aient dû en connaître, et qui ne pussent en trouver des applications variées.

Il n'y a pas d'exemple que cette infirmité ait jamais été congéniale, comme cela arrive pour les divisions anormales de l'urètre et de la face antérieure de la vessie ; c'est pendant le travail de la parturition que s'opèrent les ruptures du périnée et de la cloison, surtout chez les primipares, et lorsque le volume de la tête n'est pas en rapport avec la dilatabilité des parties génitales.

La déchirure peut comprendre tout le plancher périnéal, dans une direction plus ou moins médiane, jusqu'à la marge de l'anus, pénétrer même jusque dans le rectum, et envahir aussi une étendue variable de la cloison vaginale ; c'était le cas de la malade que j'ai eu à opérer. On voit

qu'ici l'accident a compromis le constricteur du vagin et les sphincters de l'anus ; dès-lors, la double ouverture ano-vulvaire ne constitue plus qu'un informe cloaque où tombent et se confondent les urines, le mucus utéro-vaginal, le sang des règles, les gaz intestinaux et les matières fécales; ajoutez qu'il existe d'ordinaire une incontinence plus ou moins complète de ces dernières, spécialement quand elles sont fluides et diarrhéiques.

Il serait superflu de faire remarquer combien est triste la condition des femmes en ce déplorable état ; objet de dégoût pour autrui et pour elles-mêmes, en proie à une infirmité incessante, inhabiles à la vie sociale, et presque aussi misérables que si elles avaient un anus contre-nature, elles sont presque toutes obligées de vivre dans une solitude contraire à leur âge, à leur sexe, à leur santé et à leurs habitudes.

Il me semble que si la chirurgie remplit un beau rôle, c'est surtout quand elle répare la nature, quand elle restaure des parties mutilées, quand elle rend l'usage d'organes dont les fonctions s'étaient perdues ou altérées ; on peut ranger dans cette catégorie les déchirures du périnée (1) et de la cloison du vagin.

C'est à la chirurgie française que revient l'honneur de la première tentative en ce genre ; elle fut faite avec succès par Guillemeau, élève de Paré, qui employa la *suture entrecoupée.* Cette opération était oubliée et abandonnée quand l'attention fut un moment rappelée sur ce point par deux chirurgiens français du dix-huitième siècle; Noel, de Reims, en 1794 (J. GÉN. DE MÉD., tom. 56), et Saucerotte, de Lunéville, en 1798 (J. DE MÉD., tom. 56) qui réussirent avec la *suture entortillée.* Leur exemple fut peu suivi. Boyer, dans sa longue carrière, n'a jamais pratiqué la suture du périnée (2) ; le célèbre Dubois, et son fils, le professeur Paul Dubois, qui l'ont tentée, ont échoué. Combien d'autres revers sont restés inédits et inconnus ! Dieffenbach a avancé qu'on ne pouvait guère espérer de réussite qu'en creusant deux incisions latérales pour prévenir le tiraillement des parties comprises dans les sutures, soit *entrecoupées*, soit *entortillées.* Néanmoins, de tous ses essais, deux seulement paraissent avoir eu un résultat, etc. Je m'empresse de rappeler ici

---

(1) J'ai cru devoir appeler *périnéoraphie* l'opération chirurgicale par laquelle l'art restaure ici le périnée au moyen de la suture, de περιναιος, perinœum, et ῥαφη, sutura.

(2) Boyer, dans son TRAITÉ DE CHIRURGIE, se borne à ne pas désapprouver les nouveaux essais qu'on pourrait faire.

l'instrument ingénieux proposé et appliqué avec avantage par M. Montain, de Lyon (MÉM. DE THÉRAP. MÉD. CHIRURG., 1837).

Mais, malgré tous ces efforts divers, malgré l'observation connue de Dupuytren (LEÇ. OR. DE CLIN. CHIR., t. III), le monde médical ne considérait guère ces rares succès que comme des faits exceptionnels, et il est vrai de dire qu'on avait abandonné cette opération, sinon comme trop difficile dans l'exécution, du moins trop incertaine et trop chanceuse dans ses résultats. Tel était l'état des esprits, lorsque, en 1832, le professeur Roux en fit l'objet de recherches nouvelles dont il consigna les détails dans un mémoire lu à l'Académie des sciences le 6 janvier 1834 (inséré dans le tome V des savans étrangers). La chirurgie française, qui avait eu l'honneur de la première tentative, a eu celui de perfectionner la méthode. M. Roux a eu recours à la suture *enchevillée*, qui présente une incontestable supériorité. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait plus de revers à craindre ; en 1839, il comptait onze périnéoraphies ; six malades ont guéri par la première opération ; chez deux, il a fallu en venir à une seconde ; deux autres sont mortes ; chez une dernière, la rupture s'est opérée au quatorzième jour dans les efforts de la défécation. Aucune autre méthode ne présente une proportion aussi satisfaisante, 8 sur 11.

Jusqu'ici, néanmoins, la périnéoraphie ne s'est pas répandue dans les provinces ; elle a peu émigré de la capitale, à peine est-elle sortie des mains qui l'ont élevée au rang de méthode générale, circonstance qui m'a décidé à faire connaître l'opération nouvelle qui m'est propre. L'indication était impérieuse, comme on va le voir ; au reste, voici l'observation où les détails opératoires trouveront plus à propos leur place et leur appréciation.

OBS. — Le sujet est Elisabeth Guillot, âgée de 28 ans, lingère, née à Clermont (Puy-de-Dôme), et domiciliée à Lyon, depuis deux ans, d'un tempérament lymphatique-sanguin, et d'une assez bonne constitution. Au terme d'une grossesse pénible, elle entra, vers la fin de 1839, dans la salle des femmes en couche, dirigée par les sœurs hospitalières de l'Hôtel-Dieu. Elle était primipare; elle resta huit jours aux douleurs; l'enfant demeura longtemps au passage; la parturition s'opéra sans instrumens, mais avec peine, et elle entraîna la déchirure du périnée et de la cloison; une hémorragie s'en suivit à l'instant; le sang continua à suinter pendant quinze jours, au bout desquels on la renvoya de l'hôpital. Elle sortit faible et souffrante ; elle était affectée d'une perte continue qui se prolongea , et d'une incontinence d'urine qui ne fut que temporaire ; l'incontinence des matières fécales persista, seulement elle acquit à la longue la faculté de retenir les fèces solides (1);

(1) Si l'opinion de J. O'Beirn sur la physiologie du rectum est fondée, elle

mais les selles fluides et les gaz intestinaux s'échappaient toujours malgré elle ; la station assise lui était pénible ; elle était fort incommodée par une leucorrhée abondante qui l'affaiblissait. Il s'y joignit des douleurs dans les aînes et les lombes ; elle avait peu d'appétit, la bouche mauvaise, et ressentait des maux d'estomac ; une diarrhée fatigante était venue compliquer ces symptômes, lorsqu'elle entra dans mon service à l'Hôtel-Dieu, le 10 mai 1840, huit mois après l'accouchement.

Elle était abattue et découragée ; la déchirure avait compris tout le périnée de la vulve à l'anus, pénétré jusque dans le rectum, et détruit la cloison vaginale, dans une étendue de 14 à 15 lignes (0,031 à 0,033^{m}); le constricteur du vagin et les deux sphincters de l'anus, sauf peut-être quelques fibres du supérieur, étaient rompus ; la double ouverture ano-vulvaire était confondue en une seule et formait un véritable cloaque où se versaient ensemble les divers produits des excrétions digestives, génitales et urinaires. C'était un énorme délabrement ; les deux grandes lèvres, qui semblaient se prolonger jusqu'auprès du coccyx, étaient écartées au centre de plus d'un pouce (0,027). Le vagin était le siége d'une sub-inflammation chronique, avec hypersécrétion mucoso-puriforme ; examiné au speculum, le col utérin me parut engorgé et semé d'excoriations superficielles ; le volume de la matrice était peu augmenté, mais sa sensibilité était manifestement exaltée à un degré morbide.

La restauration du périnée, seul moyen de remédier à la difformité, n'était pas faisable dans l'état : il fallait la préparer par un traitement préalable. Je prescrivis un régime doux et nutritif, de grands bains tièdes, quelques lavemens émolliens et des injections vaginales, avec une dissolution légère de chlorure de chaux ; je touchai par intervalle le museau de tanche avec le sulfate d'alumine.

Les choses allaient très bien, lorsque la malade fut prise d'un catarrhe pulmonaire qui réclama de nouveaux soins ; il fut long à céder.

Dans les premiers jours de juillet, la bronchite n'existait plus ; la vaginite et la leucorrhée étaient guéries, ainsi que les excoriations utérines ; les parties génitales se trouvaient nettes. Je préparai la malade à l'opération par quelques laxatifs pour débarrasser le tube intestinal ; elle fut soumise à une diète progressive, et, le 12 juillet, je procédai à la périnéoraphie en présence de MM. les docteurs Alquié et Martin, de Montpellier, Perissel, de Lyon, etc., et de plusieurs internes et élèves de l'école.

Voici le but que je me proposais, et les moyens que j'employai.

La malade fut placée et maintenue sur le dos comme pour la taille périnéale, les cuisses fléchies et écartées ; j'avivai alors les lèvres de la solution de continuité en disséquant deux lambeaux très minces pour ne pas faire de déperdition nouvelle de substance. J'évitai avec précaution toute terminaison en queue, dans le

---

expliquerait assez bien cette particularité par l'état habituel de contraction de la partie supérieure de cet intestin, surtout si l'on admet l'existence d'un troisième constricteur ou sphincter supérieur. (Gaz. Méd., oct. 1836, n. 42.)

but de prévenir des déchirures ultérieures, et, afin de donner à la cicatrice toute la solidité désirable, je cherchai non seulement à mettre les surfaces parfaitement en contact, mais encore à les affronter sur une étendue aussi grande que possible. A cet effet, je disséquai deux lambeaux quadrilatères, uniformes, et préparés avec autant de soin que l'eût pu faire un sculpteur pour deux pièces destinées à s'harmoniser. J'anticipai un peu sur la peau et sur la muqueuse vaginale pour donner plus de largeur à la plaie à cicatriser; quant à sa longueur, elle devait être réglée par la dimension ordinaire du périnée chez la femme ; or, la proportion moyenne est de 18 à 20 lignes (0,040 à 0,044) pour l'intervalle ano-vulvaire; j'en pris 22 (0,048), cherchant le plus pour obtenir au moins le nécessaire. J'avais taillé les lambeaux à enlever si superficiels que l'écoulement de sang fut très minime.

Il me restait à rafraîchir les bords de la cloison recto-vaginale, ce que j'exécutai avec des ciseaux droits, ayant soin de dépasser l'angle postérieur, comme dans l'opération du bec-de-lièvre (1). Je m'occupai alors des ligatures. Je choisis des fils cirés, larges et plats, comme moins aptes à produire la section des parties ; je les passai doubles dans le chas de longues aiguilles courbes ; la première fut placée près de l'anus ; j'en enfonçai la pointe dans la plaie du côté gauche à 6 à 8 lignes (0,013 à 0,018) des bords, de manière à la faire ressortir en arrière un peu au-delà du point le plus profond de la partie saignante, anticipant ainsi sur les parois du vagin, dans l'intention d'opérer sur elle une large traction, et de mettre en contact les deux plaies par toute leur surface avivée. Je fis ensuite ressortir la pointe de l'aiguille par la lèvre droite, en lui faisant suivre un trajet analogue, mais en sens inverse.

La seconde suture fut appliquée au niveau de la cloison vaginale, de façon à en traverser une partie, pour concourir par l'affrontement qu'elle déterminait à la réunion des bords de la déchirure profonde; mais ici la division me paraissant trop étendue pour croire que ce moyen seul suffît pour en opérer complètement le contact et la cicatrisation et, désirant prévenir la formation d'une fistule recto-vaginale, je plaçai préalablement un point de suture en arrière que je serrai plus tard par un procédé particulier. La troisième et dernière aiguille fut enfoncée plus en avant, au niveau de la fourchette. Cela fait, elles comprenaient entre elles l'espace voulu dont j'ai plus haut donné la mesure.

Un morceau de bougie, en gomme élastique, fut engagé dans les anses que les ligatures doublées formaient du côté gauche, et je tirai sur chacune d'elles, du côté opposé, pour presser le cylindre contre la peau. Un second morceau de bougie fut interposé à droite, entre les deux bouts de chaque ligature, et je fis sur lui un nœud simple assez serré, qui fut bouclé. Il y a ici un écueil à éviter : on doit presser l'un contre l'autre, les deux bords de la division, assez fortement pour les affronter, mais pas assez pour produire la section des parties lors de l'engorgement inflammatoire qui doit survenir.

---

(1) Voyez *Procédé particulier pour l'opération du bec-de-lièvre* (publié dans le BULLET. THÉRAP., tom. XIX, août 1840; analyse dans l'ESCULAPE, 19 nov. 1840).

La suture enchevillée a l'avantage de réunir la plaie par ses parties profondes, au moyen de la double pression latérale et uniforme qu'accroissent les cylindres; par cela même elle fait un peu saillir en dehors chacun des bords qui restent béans ; je plaçai sur eux, en avant. deux ligatures supplémentaires pour opérer une coaptation exacte (1). Quant au point de suture déjà mentionné pour la cloison, je le terminai avec un nœud coulant que je portai au moyen d'un stylet bifurqué tenu entre les dents, pendant que je tirais convenablement sur les deux chefs écartés.

Le périnée fut alors reconstitué ; la séparation naturelle entre le vagin et le rectum était rétablie ; la restauration était complète.

L'opération étant terminée, plusieurs précautions restaient à prendre pour en assurer la réussite : l'immobilité est une condition de rigueur ; la malade fut couchée sur le côté, les cuisses liées ensemble.

Il fallait aussi prévenir la réplétion trop rapide du rectum, et les fâcheux résultats qu'entraînent les efforts de la défécation. On se rappelle que j'avais débarrassé le tube digestif par quelques laxatifs, dont le dernier fut administré le matin même de l'opération. A cet effet, la malade fut soumise à la diète, et, de plus, à l'usage de l'opium en extrait et en sirop, pour produire la constipation pendant un temps suffisant.

Le contact des urines n'est pas moins dangereux que celui des fèces ; car comment espérer la réunion d'une plaie que l'urine baignerait continuellement ? L'engorgement, qui se développe dans des parties aussi dilatables que la région génitale, rend alors difficile la pratique du cathétérisme; et, dans un hôpital surtout, où l'on ne peut être sûr que cette opération sera toujours exécutée par des personnes habiles, chaque fois que la malade éprouve le besoin d'uriner, je crus préférable de mettre à demeure dans la vessie une sonde en gomme élastique. Je lui fis appliquer exactement un bouchon, que l'opérée pouvait enlever elle-même toutes les fois que le besoin de la micturition se faisait sentir. Cette précaution eut le plus heureux résultat comme on en jugera.

(Diète, tisane de violette et de tilleul, potion calmante avec 32 grammes, sirop diacode, 3 pilules de 2 centigrammes d'extrait d'opium chacune.) La journée fut bonne ; la malade dormit une partie de la nuit, et urina facilement sans que la plaie fût souillée par l'urine; le deuxième jour se passe bien.

Il faut être prévenu que le vagin devient d'ordinaire le siége d'un flux puriforme assez abondant, dont la stagnation aurait des dangers ; il y a en outre nécessairement quelques caillots qui résultent du suintement sanguin, consécutif à l'avivement des parties. Cette double circonstance fait sentir l'utilité des injections vaginales. On en a constamment pratiqué deux par jour, avec un mélange d'eau blanche, et d'une décoction de mauve, de belladone et de têtes de pavots.

---

(1) Ces deux sutures se trouvaient dans l'intervalle des trois précédentes. On pourrait aussi se borner à placer transversalement entre elles, comme M. Roux, trois fils dont les extrémités, passant entre les cylindres et la peau, sont ramenées l'une vers l'autre, et nouées au-devant de la plaie du périnée.

Un soulagement prononcé se manifestait après chaque injection ; les premières débarrassèrent le vagin de plusieurs caillots mollasses, qui commençaient à se putréfier.

Le troisième jour, l'opérée souffre peu; cependant la turgescence inflammatoire commence à s'emparer du périnée. La nuit a été bonne. Il survient dans la journée de vives coliques et de pressantes envies d'aller du ventre, circonstances très alarmantes pour le sort de l'opération. Le tampon de l'anus est enlevé, et une selle liquide est rendue, sans préjudice pour les sutures.

Le 15, quatrième jour, le périnée est douloureux et plus tuméfié; on y pratique deux lotions par jour, outre les injections vaginales ; les parties externes commencent à se cicatriser ; la fièvre traumatique est modérée ; l'opérée déplace la sonde, ce qui, vu l'engorgement, entraîne des manœuvres longues et difficiles pour la replacer à demeure (1). J'ajoute une chopine d'eau de riz aux prescriptions précédentes, et une quatrième pilule d'opium.

Le 17, sixième jour, les fils commencent à opérer la section des chairs, mais une circonstance rassurante, c'est qu'il n'y a pas de suppuration des lambeaux, et l'on ne peut pas dire que son produit s'épanche dans le vagin ; car les injections ne ressortent pas notamment troublées ; du reste, l'état général est bon et les nuits assez satisfaisantes.

Le 19, huitième jour, nouvelles envies d'aller du ventre, nouvelles alarmes pour la périnéoraphie ; cette deuxième selle est rendue sans trop d'efforts; néanmoins les matières fécales, en souillant la cicatrice, produisent la désunion des bords qui avoisinent l'anus, mais dans une étendue de quelques lignes seulement.

Le 20, neuvième jour, je crus devoir enlever les points de suture et les chevilles, la cicatrisation me paraissant sinon terminée, du moins suffisamment avancée, spécialement dans les trois quarts antérieurs du périnée. Un symptôme rassurant que je ne dois pas omettre est le suivant : jusqu'ici les injections vaginales ne ressortaient qu'en partie, ce qui m'avait fait présumer qu'une portion allait se perdre dans le rectum, et qu'ainsi toute communication morbide n'était point interceptée ; mais, à partir de ce jour, les liquides injectés parurent ressortir en totalité par la vulve, et jamais les matières fécales ne prirent cette voie. La malade commence à prendre des potages, tantôt au vermicelle, tantôt à la fécule de pomme de terre. Le sirop diacode est réduit à 16 grammes.

Le 22, onzième jour, deux selles ont lieu ; elles ont l'inconvénient de déchirer un peu la cicatrice du côté de l'anus, mais heureusement dans une étendue très bornée ; la région périnéale n'est presque plus douloureuse. La réunion paraît formée dans le reste de l'espace ano-vulvaire. Pour les deux sutures supplémentaires, la cicatrisation est complète ; les sections opérées dans les chairs par les autres ligatures commencent à se fermer, surtout du côté droit ; et je remarque avec satisfaction que le point de la suture moyenne à gauche, qui depuis quel-

(1) La sonde fut changée deux fois à cause des incrustations salines dont elle se recouvrait à la longue.

ques jours donnait passage à une partie des injections vaginales, ne laisse presque plus sortir de liquide, et tout suintement a disparu le 26.

Le 27, seizième jour, l'apparence solide de la cicatrice permet d'administrer avec sécurité un lavement émollient pour délayer les matières fécales et débarrasser l'abdomen qui est devenu le siége de fréquentes coliques ; une selle abondante est rendue sans nuire à la périnéoraphie ; la fente qui existe à l'anus est à peine égale à celle qui résulte de l'opération de la fissure (1). Le résultat se maintient à un degré très satisfaisant. La malade éprouve toujours quelques sueurs et a souvent mauvaise bouche. (Quelques verres d'eau gazeuse acidulée, suppression de la tisanne de violette, potion calmante simple avec 8 gr. sirop diacode ; outre les potages, j'accorde à la malade des œufs et des légumes.)

28, dix-huitième jour, il survient au périnée une exulcération superficielle qui donne de graves inquiétudes pour la cicatrice dans le voisinage du rectum ; les cautérisations avec la pierre infernale restent impuissantes ; l'érosion cède le 31 aux attouchemens avec la pierre de sulfate d'alumine.

Le 1er août, vingt-unième jour, tout le périnée présente un état satisfaisant, et je remarque que le tissu de la cicatrice commence à blanchir, preuve qu'il s'affermit et qu'il tend à passer à l'état fibreux.

Les forces générales, affaiblies par une longue diète, se rétablissent sous l'influence du régime doux et nutritif que l'on permet à la malade ; les fonctions digestives s'exécutent plus régulièrement ; la défécation s'accomplit sans efforts et sans douleur ; le périnée est restauré d'une manière complète. Le succès de l'opération semble ne rien laisser à désirer.

Le 3 août, ving-troisième jour de l'opération, il ne reste plus à cicatriser qu'un seul point de suture ; la réunion de l'espace ano-vulvaire est effectuée ; la dimension de 18 lignes (0,040m) y est rétablie : le doigt auriculaire introduit dans le vagin trouve dans le nouveau plancher périnéal une épaisseur et une résistance rassurantes. Le résultat, en définitive, est plus beau et plus complet que je n'osais l'espérer, surtout si l'on se rappelle que dans les opérations de M. Roux il restait des fistules recto-vaginales : « constamment, dit-il, et malgré le soin que j'avais pu prendre d'agir sur le petit bord libre ou sur l'éperon de la cloison recto-vaginale, d'éviter ou de traverser cette cloison avec l'un des fils de la suture, pour la rapprocher des parties molles du périnée proprement dit, il a fallu un temps assez long pour que toute communication cessât entre le rectum et le vagin ; toujours des gaz intestinaux et des matières excrémentitielles, seulement à la vérité quand elles étaient liquides, ont passé par le vagin, et cela lorsque le périnée était déjà bien solide ; mais insensiblement l'ouverture de la cloison s'est

(1) « Dans tous les cas, bien qu'après très peu de temps la consolidation dût être parfaite, les bords de la division étaient désunis ou plutôt séparés vers l'anus. Vers ce point la plaie était un peu béante ; il y avait là une petite fente comme celle qui aurait pu résulter d'une opération faite pour une fistule à l'anus. Mais constamment cette petite fente a disparu, et l'anus dans lequel j'avais soin de placer une petite mèche enduite de cérat a repris promptement sa disposition naturelle. » (Roux).

resserrée : elle a fini par s'oblitérer tout à fait, ou par devenir si étroite qu'elle ne livrait passage, et de temps à autre seulement, qu'à une très petite quantité de gaz. »

Ainsi, une fistule, minime il est vrai, mais réelle, persiste d'ordinaire après la périnéoraphie ; chez mon opérée la guérison jusque là semblait entière ; quelle en est la cause ? elle se trouve dans la différence des procédés. « La suture, dit un des élèves de M. Roux (M. Mercier), la suture d'une cloison aussi mince et dont il est si difficile de maintenir les bords en rapport, ne paraît pas conduire à des résultats bien avantageux. » (M. Mereier, J. DES CONN. MÉD. CHIR., mars 1839). On peut répondre qu'on le fait avec succès dans la staphyloraphie ; voici au reste d'après quels principes j'ai cru devoir procéder : j'ai eu pour régle de serrer cette ligature assez seulement pour affronter les lèvres de la cloison, mais pas assez pour couper les parties à la première tuméfaction inflammatoire qui suit l'avivement ; dès-lors la section, qui n'est d'ailleurs qu'incomplète, n'arrive qu'à une époque où le travail phlegmasique a opéré déjà une union plus ou moins intime des bords de la division ; et le but est atteint. Pour y réussir, il ne faut pas trop multiplier les points de suture, sous peine de voir l'irritation que leur présence entraîne augmentée par leur nombre, dépasser le degré compatible avec la formation normale des adhérences. Aussi n'ai-je employé qu'une seule ligature, le résultat a jusque là justifié les prévisions de la théorie.

L'état général est assez satisfaisant ; sommeil, digestion, nutrition, hématose, défécation ; tout se passe d'une manière progressive. (Potion calmante simple ; suppression de l'eau de riz ; 1 pilule d'opium ; tisane de graines de lin nitrée ; régime idem.)

5, vingt-cinquième jour ; lavement émollient ; effet avantageux.

7. Il se forme du côté de l'anus une petite ulcération qui gagne en étendue ; la préexistence de l'entérite dont nous avons parlé donne lieu d'en craindre le retour, à cause de l'apparition de quelques coliques, de nausées, de maux d'estomac et de vomissemens, etc. Ce malaise gastrique ne me paraît pas sans influence sur l'érosion précitée. (On saupoudre la plaie avec du sulfate d'alumine pulvérisé ; la malade prend, avant le repas, deux pilules digestives de bi-carbonate de soude, et chaque matin une cuillerée à café du mélange stomachique suivant :

Conserve de roses...........	60 grammes.
Extrait de kina.............	8
Baume de Tolu.............	6

Ainsi une grave difficulté avait surgi ; et cette complication nouvelle retardait et compromettait le rétablissement complet de l'opérée. L'état gastrique s'améliora sous l'influence de la médication indiquée ; il revenait encore de temps à autre quelqnes coliques ; l'administration de demi-lavemens avec la décoction de mauve et de graines de lin produisait toujours un soulagement prononcé. L'exulcération céda rapidement à l'action de la poudre alumineuse. La nutrition ne me paraissant pas s'opérer d'une manière complète, j'imagine d'y suppléer

par l'introduction de substances nutritives et émollientes dans le tube digestif ; et dans ce but je fais administrer des lavemens avec une solution de 32 grammes de gélatine: la malade mange avec plaisir du poulet bouilli ; la digestion s'en effectue avec plus de facilité.

Le 10, trentième jour, l'état général devient meilleur, la cicatrice du périnée se maintient fort belle; mais je m'aperçois que chaque fois que l'on pratique les injections vaginales, il en ressort une certaine partie par l'anus; ce qui donne à croire que la communication morbide s'est rétablie. J'examine la malade avec un petit spéculum univalve, analogue pour ainsi dire aux gorgerets dont on se sert dans l'opération de la taille; je l'introduis avec précaution par l'anus, et je reconnais qu'il existe à la paroi antérieure du rectum une fissure étroite à la profondeur d'environ un pouce (0,027^{m}). La malade, qui jusque là semblait avoir échappé à cette défectuosité, se trouve ainsi rentrée dans la catégorie de celles qu'a opérées le professeur Roux. Le temps suffit d'ordinaire pour en parachever la guérison; je me proposais, dans le cas contraire, d'en provoquer plus tard l'oblitération au moyen de l'azotate d'argent.

Le 11, trente-unième jour, la malade se lève ; d'abord elle s'assied et se repose sur un fauteuil rembourré, puis elle marche quelques pas; le peu d'exercice qu'elle prend la soulage et ranime les fonctions digestives qui sont un peu languissantes.

Le 15 août, trente-cinquième jour, elle demande sa sortie, dans la pensée que le changement d'air, de régime et d'habitudes achèvera la convalescence. Le résultat de la périnéoraphie est satisfaisant, il ne reste que le point droit de la suture moyenne qui ne soit pas cicatrisé ; le plancher périnéal est ferme et complet; la fistule recto-vaginale semble diminuer, si l'on en juge par les injections vaginales dont il ressort une moindre partie par l'anus.

Je fis part de cette opération à la société de médecine de Lyon dont quelques membres ont pu constater le résultat, ainsi que divers médecins étrangers qui vinrent sur ces entrefaites visiter notre hôpital.

L'exemple précédent confirme ce fait d'observation que ces ruptures s'opèrent en général sur la ligne médiane, et se déclarent principalement lors d'une première parturition, surtout à un âge déjà avancé où la rigidité des parties y prédispose par une condition fâcheuse. Elle a paru ici s'être effectuée d'une manière brusque, et non par gangrène, bien différente en cela des fistules vésico-vaginales dont ce mode de mortification constitue fréquemment l'origine ; ce qui semble dépendre de ce que la pression sur le sacrum se fait avec moins de force et sur une plus grande étendue que sur le pubis. Le mécanisme est tout autre.

Le désordre n'est pas toujours aussi complexe que dans le cas que je rapporte; souvent « il s'agit, dit M. Roux, d'une déchirure de la partie antérieure du périnée, l'anus et son sphincter conservant toute leur intégrité. Ce cas qui paraît moins grave que la rupture centrale, l'est beau-

coup plus en réalité. En effet, la réunion opérée par la nature est toujours incomplète, et il reste l'inconvénient fâcheux, surtout pour une femme jeune encore, d'une vulve prolongée beaucoup en arrière, et privée de contractilité. »

Je regarde cette variété comme de beaucoup la plus commune ; j'ai récemment encore eu occasion de constater la non-réunion de la plaie sur une jeune dame que j'ai été appelé à voir en consultation quelque temps après sa couche ; et je considère comme mal fondée la confiance de Chélius dans le décubitus latéral en pareille circonstance. (TRAIT. DE CHIR., trad. de Pigné, t. 1, p. 261.)

« D'autres fois, poursuit M. Roux, il y a division du périnée, déchirure complète qui peut s'étendre à une portion de la cloison recto-vaginale. Jamais on n'a vu ici la réunion se faire par les seules ressources de la nature. Constamment les bords de la plaie se cicatrisent isolément ; alors le périnée a complètement disparu ; la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule voie, un sinus profond, etc. »

L'art seul peut remédier à une telle infirmité (1). Chélius conseille de faire coucher la malade sur le côté pour l'opération. (Ibid, p. 262.) Cette position est loin d'être aussi commode que la supination complète qui permet la plus grande liberté dans la manœuvre opératoire ; les chirurgiens pourront aisément s'en convaincre comme moi.

Une question importante se présente : quelle est l'époque la plus opportune pour entreprendre l'opération ? Toutes ne sont pas également convenables et je connais deux cas d'insuccès (2), qu'on peut hardiment attribuer à ce que l'homme de l'art avait tenté trop tôt la périnéoraphie. Et en effet, il ne saurait y avoir beaucoup de chances de réussite après l'accouchement, alors que les parties génitales distendues, meurtries et déchirées vont devenir le siége d'une vive phlogose, et se trouver continuellement inondées par l'écoulement des lochies. N'y a-t-il pas aussi plus d'obstacle à tenir les bords de la plaie dans une exacte coaptation et à empêcher qu'ils ne soient pénétrés et désunis par les fluides du puerpérium ? Serait-il sage de soumettre à une opération longue et douloureuse la nouvelle accouchée, déjà profondément ébranlée par les dou-

---

(1) On peut voir dans M. Velpeau (TRAIT. D'ACCOUCHEMENS) combien les cas authentiques de guérison spontanée sont rares.

(2) Une tentative prématurée de ce genre fut même suivie de mort, à ce que nous apprend M. Mercier dans un mémoire intéressant sur les déchirures périnéales (inséré dans le JOUR. DES CONN. MÉD. CHIR., 1839, reproduit dans le journal de la société médicale de la Nouvelle-Orléans, 1839, n° 3).

leurs, et si fâcheusement prédisposée à plusieurs affections graves? D'ailleurs les soins particuliers qu'exige le succès de l'opération sont-ils bien compatibles avec ceux que réclame l'état puerpéral? Il faut donc reconnaître que, en général, ce n'est pas quand la solution de continuité est récente qu'il est le plus opportun d'agir. Mieux vaut alors temporiser et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé générale est rétablie, où tout est rentré dans l'ordre, et où les parties ont recouvré leur souplesse et leur extensibilité naturelles. Sous ce rapport Elisabeth Guillot se trouvait dans les conditions voulues.

Le mode de réunion qui mérite la préférence ne me semble pas douteux; je laisse M. Roux exposer lui-même les avantages relatifs de la suture enchevillée : « J'avais mûrement réfléchi sur les causes qui m'avaient fait échouer une première fois, et je m'étais convaincu qu'il fallait en accuser la *suture entortillée* qui, n'agissant avec toute la puissance possible qu'à l'extérieur, ne saurait établir un contact exact entre les parties les plus profondes de la plaie. Aussi le fond de la plaie restant béant du côté du vagin, ses bords étaient continuellement humectés par les mucosités qui découlent d'autant plus abondamment de ce canal que lui-même participe à l'inflammation du périnée. Cette idée me conduisit à rechercher si la *suture enchevillée* ne serait pas préférable.

» Il est aisé de concevoir les avantages qu'elle présente. Comme c'est avec des aiguilles courbes qu'on conduit et qu'on place les ligatures, on doit agir plus profondément et embrasser plus de parties qu'avec des aiguilles droites. Les fils, bien qu'ils se redressent par la tension qu'on leur fait subir, ne prennent pas une rectitude, et surtout une rigidité semblable à celles des aiguilles droites qui restent dans une plaie réunie par la suture entortillée; on a dès-lors moins à craindre une trop prompte division des parties qu'ils touchent immédiatement; puis au moyen des cylindres, et quoique des intervalles plus ou moins grands séparent les ligatures elles-mêmes, la double pression latérale de laquelle résultent les rapprochemens des bords de la plaie est égale, uniforme dans toute leur longueur et doit produire une coaptation plus exacte; et cette double pression produit son effet autant et plus même sur les parties profondes que sur les parties superficielles; à quoi il faut ajouter que dans la suture enchevillée, il n'y a point étreinte, constriction des bords de la plaie; ces bords sont seulement attirés de loin. poussés, pressés l'un contre l'autre, et tout à fait libres à l'extérieur : dès-lors ils sont moins susceptibles d'être coupés et déchirés par des points de suture qui seraient trop longtemps en place, et chose non moins importante, tout passage de liquide entre les surfaces rapprochées et mises en contact doit être im-

possible, toute communication entre le fond de la plaie et l'extérieur étant interceptée. »

Ceci posé, il y a lieu de s'étonner que Chelius, dans son TRAITÉ DE CHIR. se borne à conseiller la *suture entrecoupée*, qui est même inférieure à la *suture entortillée.* (Trad. de Pigné, 1835, t. I, p. 262, n° 686.)

On ne partagera pas son opinion quand il fait enfoncer l'aiguille à une ligne et demie de l'angle postérieur de la division. (Ibid., p. 262, n° 686.) C'est comprendre trop peu de parties, ne réunir qu'imparfaitement la plaie, et s'exposer à une section inévitable et prochaine des tégumens, spécialement si l'on se conforme au conseil qu'il donne de n'enlever les fils que du huitième au douzième jour. (Ibid., pag. 263, n° 387.) Ce délai est trop long, surtout si l'on remarque que l'auteur entend parler de la *suture entrecoupée*, qui sectionne les chairs plus rapidement que toute autre.

Quant à moi, si j'avais à opérer de nouveau, j'enlèverais les points de suture du sixième au huitième jour, comme je l'ai pratiqué. Le rôle qu'ils jouent dans la réunion des lambeaux est alors accompli ; passé cette époque, ils n'agissent plus guère que comme des corps étrangers, et leur présence détermine une inflammation ulcérative, qui peut convertir leur voie en autant de trajets fistuleux.

Chélius veut qu'on place trois ou quatre points de suture à 4 lignes (0,09^{m}) de distance (ibid., p. 262), ce qui me semble avoir le double désavantage, de les multiplier et de les rapprocher trop. En général, trois points doivent suffire ; on peut les éloigner de 6 à 7 lignes (0,013 à 0,015^{m}), de manière à comprendre un plus grand espace, et il convient d'enfoncer les aiguilles soit à 8 ou 10 lignes des bords (0,018 à 0,022^{m}), à l'instar de M. Roux, soit à 6 ou 8 lignes (0,013 à 0,018^{m}), comme je l'ai fait.

Une précaution essentielle pour assurer la réussite a trait à la défécation. Comme on ne peut compter sur le bénéfice d'une constipation prolongée jusqu'à l'entière consolidation du périnée, c'est une conduite prudente de délayer et d'évacuer préalablement les matières fécales avant d'enlever les points de suture ; à cet effet, on administre un minoratif pour vider le rectum la veille du jour où doivent s'ôter les moyens de constriction. On peut en faire une règle générale de conduite : la même précaution doit ensuite être renouvelée plusieurs fois à intervalles convenables ; on s'exposerait, sans cela, à voir dans les efforts d'une défécation laborieuse s'anéantir, en un instant, le fruit de tous ses soins, si, après

avoir laissé les excrémens s'accumuler et s'endurcir, la malade venait à être prise tout-à-coup d'un besoin irrésistible de les rendre.

Je crois devoir ajouter une dernière réflexion. Chélius écrit : « Son urine doit être reçue dans un urinoire, sans que la malade soit obligée de changer de position. Dans le cas seulement où il y a rétention d'urine, on conduit dans la vessie une sonde, qui ne doit être guidée qu'à l'aide de l'indicateur de la main droite. » (Chir., trad. de Pigné, 1835, n° 687.) Mais d'abord, à l'égard de l'usage de l'urinoire, l'expérience clinique prouve combien cette mesure est illusoire dans ce cas spécial. En général, les femmes ne peuvent, d'ailleurs, uriner de cette manière sans se souiller du fluide urinaire, ce qu'il faut surtout éviter ici. En second lieu, j'ai déjà exposé combien les manœuvres du cathétérisme, souvent répété, peuvent être dangereuses pour la périnéoraphie, et je crois avoir suffisamment démontré les avantages que présente une sonde laissée à demeure, avec la précaution particulière que j'ai indiquée.

Pendant la durée du traitement, lorsqu'on a besoin d'examiner l'état des parties, soit pour les laver, soit pour suivre les progrès de la réunion, il ne faut point écarter les cuisses, il suffit de les fléchir sur le bassin, la malade étant dans le décubitus latéral, et le périnée apparaît alors dans toute son étendue. C'est ainsi que j'ai agi pour mon opérée. Je rappellerai que c'est la position que quelques accoucheurs anglais recommandent comme la plus commode pour la parturition, c'est celle qu'emploie M. Billi à l'école obstétricale de Milan; j'en ai développé les motifs dans mon Voyage médical en Italie. (Voy. Gaz. Méd., 20 janv. 1838; Encyclogr. méd. de Bruxelles, déc. 1837.)

Avec cet ensemble de soins et de précautions, la périnéoraphie donne un résultat complet; la première opérée de M. Roux accoucha impunément la seconde année. Ces femmes peuvent ainsi jouir d'une manière durable du bénéfice de l'opération. Tel n'a pas été le sort d'Elisabeth Guillot.

Le 23 août on la rapporta mourante à l'hôpital. La face est profondément altérée; la respiration difficile ne s'exécute que par des mouvemens d'inspiration et d'expiration très éloignés; les extrémités sont froides; le pouls est à peine sensible; la malade ne répond que par des monosyllabes aux questions qu'on lui adresse; on ne peut rien apprendre d'elle sur les phénomènes qui se sont passés depuis sa sortie. Elle meurt quatre heures après son entrée dans la salle.

Il paraît, d'après quelques renseignemens ultérieurs, qu'elle a pris froid chez elle, et qu'il est survenu une fluxion de poitrine.

L'antopsie est faite 26 heures après la mort, par M. Jacques Bonnet, élève interne, attaché au service chirurgical de la salle.

L'ulcération du pourtour de l'anus est plus profonde qu'à son départ le 15 août; elle n'a pas sensiblement augmenté en largeur; l'ouverture anale se trouve béante, et l'étendue de l'ulcère qui semble intéresser le sphincter fait croire que pendant la vie cet orifice devait se fermer difficilement. Deux petites fistules existent au côté de l'anus, celle de gauche, dont nous avons parlé, et qui correspondait au point de la suture moyenne, s'ouvre en haut dans le rectum près de la cloison, à l'extrémité de l'ulcération précitée. Vers la fourchette, on distingue une petite fistule étroite, sous-cutanée, qui paraît indépendante des points de suture, et qu'on peut regarder comme formée dans les derniers temps de la vie.

Quant au périnée, il est comme au 15 août, c'est-à-dire qu'il forme un plancher ferme et complet, la restauration persiste, la périnéoraphie n'a point souffert.

L'état de la cloison recto-vaginale était fort intéressant à examiner: la profonde déchirure qui la divisait, n'existe plus; seulement sur la ligne médiane reste une petite ouverture ovale qui établit encore une communication morbide entre le vagin et le rectum. Son plus grand diamètre, qui est longitudinal, offre à peine la grandeur de celui d'une pièce de cinq sous; son diamètre transversal n'en a que la moitié. Les bords en sont résistans et comme fibreux. En avant et en arrière de cet orifice, la réunion est parfaite. De chaque côté apparaissent les points de suture; le fil y existe encore, sans avoir coupé les parties; ce qui me semble militer en faveur des considérations que j'ai émises plus haut. Ainsi cette vaste ouverture se trouve réduite à une fistule très minime dont le temps aurait achevé l'oblitération, d'après l'expérience de M. Roux.

Le corps de l'utérus est sain; le museau de tanche enflammé, les lèvres rouges et tuméfiées.

Le thorax présente des signes de pneumonie. Il y a des adhérences très fortes dans les plèvres; plusieurs points des poumons sont hépatisés, surtout à droite. On trouve quelques tubercules miliaires suppurés dans l'un et l'autre organe.

On constate des traces de péritonite ancienne, et de colite ulcéreuse; le rectum est sain au-dessus de l'ulcération de l'anus.

Cette observation serait, ce semble, fort intéressante, ne fût-ce qu'à cause des détails nécroscopiques, car l'anatomie pathologique de la restauration du périnée n'a pas encore été faite, que je sache, surtout à l'époque où se trouvait arrivée Élisabeth Guillot. Et ici l'on a pu suivre,

comme à découvert, ce qui se passe après les opérations de ce genre.

Ce fait se recommande également sous d'autres titres. Je ne ferai que signaler en passant le traitement préparatoire que j'ai fait subir à la malade contre l'état gastro-intestinal et la leucorrhée, dont elle était atteinte lors de son entrée à l'hôpital.

La suture périnéale a réussi ici comme opération et comme moyen thérapeutique, double but que doit atteindre toute méthode opératoire pour être complète.

On peut prévoir qu'elle deviendra, pour me servir des expressions de M. Roux, une chose familière en chirurgie, de même que la staphyloraphie ; seulement elle me paraît appelée à rendre plus de services et à se répandre davantage, car les cas qui la réclament sont infiniment plus fréquens dans la société : ce sont des accidens de tous les jours ; et, en effet, ces déchirures sont beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement. Je suis persuadé qu'on trouverait facilement dans le monde nombre d'exemples de cette espèce. Depuis que je me suis occupé de recherches suivies sur ce sujet important, je suis parvenu à apprendre que beaucoup de femmes se trouvaient atteintes de cette difformité au premier degré, c'est-à-dire d'une déchirure entière du périnée, avec rupture incomplète des sphincters de l'anus.

La périnéoraphie présente des avantages nombreux. Il ne s'agit pas seulement de réparer la perte d'une partie des charmes physiques ; il ne s'agit pas seulement de restituer aux femmes les *attributions* de leur sexe ; il s'agit de les délivrer d'une infirmité aussi incommode que dégoûtante, de les rendre à la société et de les rétablir dans les conditions primordiales de configuration et de santé dont elles étaient douées avant la parturition. A coup sûr, ce résultat est un des plus beaux triomphes de l'art.

Il m'a paru utile de rappeler, par mes propres recherches, l'attention médicale sur une opération délicate et ingénieuse, qui constitue une des belles restaurations de la chirurgie.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce,
Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

LA CAUSE DES [illegible]

[illegible]

[illegible] VIOLENTES DU [illegible].

[illegible]

[illegible] MÉTHODE OPÉRATOIRE

[illegible]

[illegible] J. E. PÉTREQUIN,

[illegible]

LYON,

[illegible]

[illegible]

1844.